

 <p>Laboratorio Assoprol Via Murge n. 57 76123 – Andria (BT)</p>	RICHIESTA DI ANALISI	CODICE CAMPIONE Rev. 06 del 02/03/2023 Pag. 1 di 1
---	-----------------------------	---

CLIENTE

Ragione sociale/nome e cognome

Sede legale (Via, numero civico, CAP, Città, Provincia)

C.F./P. Iva _____ Esenzione IVA (Barrare se esenti) Art. _____

Indirizzo di spedizione della fattura (se diverso dal precedente)

Telefono: _____ Fax: _____

Indirizzo di posta elettronica: _____

n. _____ campione/i rappresentativo/i di:

- OLIO EXTRAVERGINE DI OLIVA
- OLIO VERGINE
- PASTA DI OLIVE
- SANSA
- ACQUA
- ALTRO

DETERMINAZIONE RICHIESTA	ETICHETTA CAMPIONE	
<input type="checkbox"/> ACIDI GRASSI LIBERI, come % di Acido Oleico <input type="checkbox"/> NUMERO DI PEROSSIDI <input type="checkbox"/> ANALISI SPETTROFOTOMETRICA NELL'U.V. <input type="checkbox"/> ALCHIL ESTERI <input type="checkbox"/> VALUTAZIONE ORGANOLETTICA <input type="checkbox"/> ESTERI METILICI DEGLI ACIDI GRASSI <input type="checkbox"/> STEROLI + ERITRODIOLO E UVAOLO <input type="checkbox"/> PESTICIDI <input type="checkbox"/> RESA IN GRASSO <input type="checkbox"/> ANALISI ACQUA <input type="checkbox"/> ALTRO _____	<i>DATA</i>	
	<i>FORNITORE</i>	
	<i>POSTURA/SILOS</i>	
	<i>MEDIATORE</i>	
	<i>QUANTITA'</i>	
	<i>ALTRO</i>	

Chiede il rilascio del Rapporto di prova in n. _____ copie originali.

Qual'ora non dichiarata la DATA DI CAMPIONAMENTO, il cliente dichiara che coincide con la data di consegna del campione in Laboratorio.

Si impegna ad effettuare il pagamento nella misura prevista per le prestazioni richieste tramite bonifico, indicando la causale di pagamento, riportata sulla fattura.

Fornendo le proprie generalità, ai sensi del D.Lgs. del 30 giugno 2003 n. 196 e s.m., dà l'assenso al trattamento dei dati personali da parte del Laboratorio per le finalità connesse all'erogazione del servizio e per gli eventuali successivi adempimenti. Il Laboratorio tratta tali dati in conformità al citato D.Lgs. n.196/2003.

Data _____

Timbro e firma del richiedente _____

**Il Responsabile /Direttore del Laboratorio
(Dr. Nome Cognome)**

Data _____ Firma _____